

**En quoi le projet de la loi  
de financement de la sécurité  
sociale  
(PLFSS) remet en cause la liberté  
d'installation ?**

**Les modifications induites  
par l'article 31 du PLFSS**



# Sommaire

Sommaire	page 2
Introduction	page 3
Exposé des motifs	page 4
Répartition des professionnels de santé	page 4
Accords entre syndicats et UNCAM	page 5
Conséquences	page 7
Conclusion	page 9
Annexes	page 10

# Introduction

Afin de permettre une **analyse rigoureuse du projet de loi** de financement de la Sécurité Sociale, nous avons repris **l'ensemble des modifications présent dans le projet de loi** pour les insérer dans le cadre des articles actuels du Code de la Sécurité Sociale. Nous avons repris l'exposé des motifs du projet de loi. Par ce document se voulant à la fois explicite et objectif, la Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie (FNEK) apporte une vision différente de celle avancée par les rapporteurs du PLFSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale).

## L'exposé des motifs

- Les **professionnels de santé sont inégalement répartis sur le territoire** : certaines **zones** en sont **trop pourvues** alors que d'autres en **manquent**, posant un **problème d'égalité dans l'accès aux soins**. Ce constat est désormais objectivé et partagé, grâce notamment aux travaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, et partagé. Des outils existent pour **inciter à l'installation dans les zones sous denses**, même s'ils peuvent toujours être améliorés ou mieux ciblés.

Ces outils ont notamment été créés à visée des médecins, dont la profession souffre aussi de zone de désertification. Malheureusement, ces dits outils n'ont pas fait l'objet de résultats probants. Parmi eux, on compte les classiques « subventions » lors de l'installation rurale. Ces subventions peuvent prendre la forme d'une prime, mais également d'un allègement d'impôts.

Un autre outil incitatif est de favoriser la création de maisons médicales, ensembles immobiliers rassemblant divers corps de métiers de la santé sur un même site, et permettant ainsi aux usagers d'optimiser leur consommation en matière de santé.

### **Constat de la FNEK**

*les mesures incitatives à l'installation dans les régions à faible densité de masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas fait l'objet de campagnes d'information suffisantes auprès des publics visés. En l'espèce, ni les syndicats qui ne fédèrent que peu de jeunes diplômés, ni le conseil de l'ordre qui vient d'être très récemment créé n'ont cherchés à informer massivement les jeunes des avantages qui pouvaient leur être accordés. De plus, la FNEK, qui a également pour mission l'insertion professionnelle des futurs diplômés, n'a pas non plus pris à bras le corps ce problème de démographie médicale. Ainsi, force est de constater qu'aujourd'hui toutes les mesures incitatives à l'installation dans les « déserts médicaux » ne sont pas connues par les étudiants et les jeunes diplômés. **Comment des mesures incitatives peuvent-elles fonctionner si tout le monde n'a pas connaissance de leur existence ?***

• Les syndicats d'infirmiers et l'UNCAM ont signé le 22 juin 2007 un **protocole d'accord relatif à la démographie visant à rééquilibrer leur répartition sur le territoire**. Dans ce protocole, les partenaires conventionnels font appel au Gouvernement pour prendre les mesures législatives nécessaires à la mise en œuvre de cette volonté. La **détermination des zones** sous et sur denses par professions sera effectuée **à partir de critères objectifs**, et dans un **souci de concertation**, après avis des représentants des organisations syndicales représentatives des professionnels de la région. **Cette mesure est censée préserver la liberté d'installation des professionnels**.

### **Constat de la FNEK**

*En effet, **déterminer des zones ne signifie pas, en soi, la mise en place des mesures coercitives**. Mais il est juste et légitime de penser que la détermination et l'inscription de ces zones dans un cadre législatif, ne sera pas faite dans l'unique volonté d'**informer** les professionnels de santé sur la densité de la zone dans laquelle ils vont s'installer. Elle permettra surtout aux partenaires conventionnels de tirer les **conséquences du choix de d'installation en zone sur dense**.*

*Cette notion de « conséquences à tirer » est la clé de voute des modifications législatives qui nous sont proposées dans le PLFSS 2007. En effet, **par ce fait**, elle sous-tend la **mise en place de mesures** qui seront  **négociées** par les partenaires conventionnels (UNCAM et syndicats) **pour l'installation en zone sur dense**. C'est un euphémisme de dire que ces modifications de la loi permettront la **mise en place à venir de mesures plus coercitives**.*

*Il appartiendra aux partenaires conventionnels de décider des adaptations des modalités de conventionnement et de conclure des avenants les rendant effectives.*

### ***Constat de la FNEK***

***Les mesures coercitives ne seront pas inscrites noir sur blanc dans la loi de financement de la sécurité sociale, mais il sera prévu un cadre de conventionnements négociables et ajustables selon les besoins de chaque zone.***

• Cette mesure est donc le pendant du dispositif incitatif à l'installation en zone sous dense, qui doit plus que jamais être soutenu et relayé par l'ensemble des corps professionnels de santé.

### ***Constat de la FNEK***

***Si cette mesure est le pendant d'un dispositif incitatif à l'installation en zone sous dense, c'est bien qu'il s'agit de mesures coercitives en zone sur dense.***

• S'agissant des infirmiers libéraux, il apparaît nécessaire d'articuler l'offre globale de soins infirmiers, notamment s'agissant de la prise en charge à domicile. Les services de soins infirmiers à domicile concourent comme les infirmiers au maintien à domicile ; il serait donc souhaitable que les conditions d'implantation des nouveaux services de soins infirmiers à domicile prennent en compte la présence d'infirmiers libéraux.

**L'article 31** du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale consiste à **ajouter à trois articles du code de la Sécurité Sociale**, le fait que la **convention** définie entre les syndicats et les organismes d'assurance-maladie **déterminera** notamment : les « conditions auxquelles est soumis le **conventionnement en fonction de la densité**

**de la zone d'exercice** ». Autrement dit, si la loi est votée, elle inscrira le fait que des conditions existeront pour le conventionnement en fonction de la zone d'exercice. Et bien qu'elles ne soient pas spécifiées en toutes lettres, ces mesures prises localement au cas par cas ne pourront être autres que pénalisantes, et à caractère obligatoire. **Cette disposition législative, si elle votée et adoptée, est la porte ouverte à toutes les mesures coercitives.**

### **Constat de la FNEK**

*Cette loi, par son caractère **insidieux**, préparera le terrain pour la mise en place de **mesures plus coercitives** dans le cadre de la négociation des conventions.*

*Il est d'ailleurs envisageable d'imaginer des **conséquences à long terme**, car ces mesures en devenir entraineront inéluctablement la **perte des valeurs originelles** des professions de santé avec en première ligne la non-possibilité d'exercer sa profession auprès de patient issus de toutes les couches sociales. Mais il est également possible d'y voir un **désintérêt** de la part des générations futures pour une profession dont les choix de vie seraient imposés, dictés par une politique visant à **masquer les erreurs du passé**.*

Afin d'apporter des preuves objectives et réelles de tout ce qui est avancé ci-avant, il est ajouté à la suite de ce document, un chapitre « annexes » qui permet au lecteur de vérifier quelles sont les modifications (en rouge) qui ont été apportées par ce projet de loi.

# Conclusion

Face à une telle situation, la FNEK n'entrevoit **qu'un avenir condamné**. Afin d'éviter cela, deux mesures paraissent **indispensables** :

-demander le **retrait** de l'article 31 du projet de loi de financement de la sécurité sociale

-mettre en place des **propositions pour pallier les problèmes démographiques** des professionnels de santé **par des mesures incitatives** efficaces, connues et reconnues de tous

**La loi va être votée au mois d'octobre, il est donc nécessaire que tous les acteurs concernés par l'esprit de défense de notre profession soient très réactifs. Dans l'hypothèse de la mise en place d'un tel dispositif, l'identité et le fonctionnement de la kinésithérapie seraient inéluctablement remis en cause.**

# Annexes

## Article L162-12-2

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les infirmiers sont définis, dans le respect des règles déontologiques fixées par le code de la santé publique, par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des infirmiers et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des infirmiers ainsi que les conditions dans lesquelles sont pris en charge les actes effectués par un infirmier remplaçant un infirmier conventionné et les actes effectués par les infirmiers conventionnés dans les établissements et structures d'hébergement de toute nature

2° Les conditions d'organisation de la formation continue conventionnelle des infirmiers ainsi que le financement de cette formation ;

3° Les conditions, à remplir par les infirmiers pour être conventionnés et notamment celles relatives à la durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un service organisé, aux sanctions prononcées le cas échéant à leur encontre pour des faits liés à l'exercice de leur profession et au suivi d'actions de formation ;

4° Le financement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ;

5° Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins infirmiers dispensés aux assurés sociaux et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ;

6° Le cas échéant :

a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;

b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des infirmiers participant à ces réseaux ;

c) Les droits et obligations respectifs des infirmiers, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

7° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des infirmiers.

« 8° Les conditions auxquelles est soumis le conventionnement en fonction de la densité de la zone d'exercice, au sens du 1° de l'article L. 162-47. »

Pour la mise en oeuvre des 6° et 7°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1.

### **Article L162-9**

*(Loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 art. 7 Journal Officiel du 31 juillet 1987)*

*(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 18 I et II, art. 26 I Journal Officiel du 25 avril 1996)*

*(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 26 Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)*

*(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 24 I Journal Officiel du 30 décembre 1999)*

*(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 55 II Journal Officiel du 17 août 2004)*

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes,

les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces professions.

Ces conventions déterminent :

1°) les obligations des caisses primaires d'assurance maladie et celles des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;

2°) Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux par les chirurgiens dentistes, les sages-femmes ou les auxiliaires médicaux et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ;

3°) La possibilité de mettre à la charge du chirurgien-dentiste, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical qui ne respecte pas les mesures prévues au 3° du présent article, tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 645-2, ou une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie, correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures ;

4°) Pour les chirurgiens-dentistes, le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires ;

5°) Le cas échéant :

a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;

b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des professionnels mentionnés au 1° participant à ces réseaux ;

c) Les droits et obligations respectifs des professionnels mentionnés au 1°, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a) et b) ci-dessus ;

6°) Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des professionnels mentionnés au 1°.

Elles fixent également les modalités d'application du 3°, et notamment les conditions dans lesquelles le professionnel concerné présente ses observations.

Pour la mise en oeuvre des 5° et 6°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1.

Si elle autorise un dépassement pour les soins visés au 3° de l'article L. 861-3, la convention nationale intéressant les chirurgiens-dentistes fixe le montant maximal de ce dépassement applicable aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé ; à défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de dispositions spécifiques aux bénéficiaires de cette protection, un arrêté interministériel détermine la limite applicable à ces dépassements pour les intéressés.

« 7° Les conditions auxquelles est soumis le conventionnement en fonction de la densité de la zone d'exercice, au sens du 1° de l'article L. 162-47. »

## **Article L162-12-9**

*(Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 art. 26 I Journal Officiel du 27 juillet 1994)*

*(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 18 III, V et VI, art. 26 I et II Journal Officiel du 25 avril 1996)*

*(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 24 III Journal Officiel du 30 décembre 1999)*

*(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 55 II Journal Officiel du 17 août 2004)*

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les masseurskinésithérapeutes sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs des organisations syndicales les plus représentatives des masseurskinésithérapeutes et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des masseurs-kinésithérapeutes, y compris les conditions dans lesquelles sont pris en charge les actes effectués par un masseur-kinésithérapeute remplaçant un masseur-kinésithérapeute conventionné et les actes effectués par les masseurs-kinésithérapeutes conventionnés dans les établissements et structures d'hébergement de toute nature ;

2° Les conditions d'organisation de la formation continue conventionnelle des masseurs-kinésithérapeutes ainsi que le financement de cette formation ;

3° Les conditions à remplir par les masseurs-kinésithérapeutes pour être conventionnés et notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation ;

4° Le financement du fonctionnement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ;

5° Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins de masso-kinésithérapie dispensés aux assurés sociaux et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ;

6° La possibilité de mettre à la charge du masseur-kinésithérapeute qui ne respecte pas les mesures prévues au 5° ci-dessus tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 645-2 ou une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures ;

7° Le cas échéant :

a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins ;

b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des masseurs kinésithérapeutes participant à ces réseaux ;

c) Les droits et obligations respectifs des masseurs-kinésithérapeutes, des patients et des caisses, ainsi que les modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

8° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités autres que curatives des masseurs-kinésithérapeutes.

« 9° Les conditions auxquelles est soumis le conventionnement en fonction de la densité de la zone d'exercice, au sens du 1° de l'article L. 162-47. »

Elle fixe également les modalités d'application de l'alinéa précédent, et notamment les conditions dans lesquelles le masseur-kinésithérapeute concerné présente ses observations.

Pour la mise en oeuvre des 7° et 8°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1.

## **Article L162-47**

Une mission régionale de santé constituée entre l'agence régionale de l'hospitalisation et l'union régionale des caisses d'assurance maladie est chargée de préparer et d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions. Elle détermine notamment :

1° Les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-3 du code de la santé publique ; ces orientations définissent en particulier les zones rurales ou urbaines qui peuvent justifier l'institution des dispositifs mentionnés à l'article L. 162-14-1 ;

*L'alinéa 1° est remplacé par :*

« 1° Les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-3 du code de la santé publique et du schéma d'organisation sanitaire et social mentionné à l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles. Ces orientations définissent en particulier, après avis des représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernées, les zones présentant une densité de professionnels insuffisante, risquant de devenir insuffisante, élevée ou trop élevée pour chaque profession.

S'agissant des médecins, des zones différenciées sont définies pour les médecins généralistes ou spécialistes et, le cas échéant, selon qu'ils disposent ou pas de l'autorisation de pratiquer des honoraires différents des tarifs fixés par la convention mentionnée à l'article L. 162-5. La décision délimitant ces zones est soumise à l'approbation du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La détermination de ces zones peut justifier l'institution des dispositifs mentionnés aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14-1 ; ».

## **Article L162-14-1**

*(Loi n° 91-738 du 31 juillet 1991 art. 3 Journal Officiel du 1er août 1991)*

*(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 24 XVI Journal Officiel du 30 décembre 1999)*

*(Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 art. 2 Journal Officiel du 7 mars 2002)*

*(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 43 VI Journal Officiel du 19 décembre 2003)*

*(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 11, art. 49 I Journal Officiel du 17 août 2004)*

*(Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 37 V, art. 42 II Journal Officiel du 20 décembre 2005)*

*(Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 art. 71 Journal Officiel du 22 décembre 2006)*

I. - La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans.

Elles définissent :

1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ;

2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en oeuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;

3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée ;

4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones mentionnées à l'article L. 162-47 du présent code ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones ou les centres de santé qui y sont implantés bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé. La convention fixe également les modalités de calcul et de répartition, entre régimes, de cette rémunération. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les unions régionales des caisses d'assurance maladie après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ;

5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires en application des articles L. 242-11, L. 645-2 et L. 722-4 ; la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ;

6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7.

Les dispositifs d'aide à l'installation des professionnels de santé exerçant à titre libéral prévus aux 4° et 5° du présent article font l'objet d'évaluations régionales annuelles et communiquées aux conférences régionales ou territoriales de santé concernées prévues à l'article L. 1411-12 du code de la santé publique et d'une évaluation nationale adressée au Parlement dans un délai maximum de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

II. - Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé relatifs aux pathologies ou aux traitements peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives signataires des conventions nationales de chacune de ces professions, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie.

Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en oeuvre et l'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives, la formation continue, ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins.